

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

133

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Gérard ROBIN

né à Ecueillé (Indre) le 12 Janvier 1911

**Contribution à l'Étude du Traitement
des Algies Rhumatismales
par l'Acide Acétyl-Mono-Iodo-Salicylique**

Président : M. LOÉPER, *Professeur.*

IMPRIMERIE PROVINCIALE DE L'OUEST
14, Rue du Pré-Botté
RENNES

—
1938



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Gérard ROBIN

né à Euucillé (Indre) le 12 Janvier 1911

**Contribution à l'Étude du Traitement
des Algies Rhumatismales
par l'Acide Acétyl - Mono - Iodo - Salicylique**

Président : M. LOÉPER, *Professeur.*

IMPRIMERIE PROVINCIALE DE L'OUEST
14, Rue du Pré-Botté
RENNES

1938

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	{ LOEPER.
	{ CARNOT.
	{ CLERC.
	{ Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	{ CUNÉO.
	{ GOSSET.
	{ GRÉGOIRE.
	{ LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte..	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
	{ HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	{ MULON.
	{ OLIVIER.
	{ VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BÉNARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD Etienne ..	Pathologie médicale.
BESANÇON Justin ..	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie. chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENEAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL.	Obstétrique.
LAROCHE Guy	Pathologie médicale.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LÉVY.....	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI	Neurologie et Psychiatrie.
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
ÖBERLING.	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS ..	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÉNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.

MM.

LARDENNOIS Pathologie chirurgicale.
LEROUX Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE ... Parasitologie.
VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHIRAY		HEITZ-BOYER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		SCHWARTZ	
PASTEUR-VALLEY-RADOT.		VELTER	
SÉZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
LE LORIER	
LÉVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*En témoignage de profonde et affectueuse
reconnaissance pour tout ce qu'ils ont fait
pour moi.*

A MA FEMME

A MA FAMILLE

A MES AMIS.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LOÉPER

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A MON PREMIER MAITRE

M. LE DOCTEUR LOUIS RAMOND,
Médecin des Hôpitaux.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE DOCTEUR JEAN CELICE
Médecin des Hôpitaux.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. SCHWARTZ

M. LE DOCTEUR G. PAISSEAU
Médecin des Hôpitaux.

M. LE DOCTEUR RENÉ BENARD
Médecin des Hôpitaux.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TH. ALAJOUANINE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. SEZARY

M. LE PROFESSEUR A. LEMIERRE

M. LE PROFESSEUR LEVY-SOLAL

M. LE PROFESSEUR H. CLAUDE

M. LE PROFESSEUR G. MARION

M. LE PROFESSEUR F. TERRIEN

M. LE PROFESSEUR F. LEMAITRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. MOURE

M. LE DOCTEUR CH. FLANDIN
Médecin des Hôpitaux.

AVANT-PROPOS

...Alors commence cette carrière de sacrifices dans laquelle vos jours, vos nuits sont désormais le patrimoine des malades.

TROUSSEAU.

Leçon inaugurale de la Clinique Médicale
Hôtel-Dieu.

...« Cette carrière de sacrifices » c'est vous, nos Maîtres, qui nous en avez fait comprendre la grandeur.

Votre exemple sera pour nous un modèle que nous serons fier d'imiter.

Nous terminons nos études médicales avec un sentiment de respectueuse et profonde gratitude envers ceux qui, avec une patience et un enthousiasme sans cesse renouvelés, nous ont livré les résultats de leur expérience et de leur savoir.

Parmi tous les Maîtres dont le nom nous est cher le Docteur Louis RAMOND occupe une place toute particulière. Avec émotion et reconnaissance nous nous souvenons des premières leçons qu'il nous fit dans son service de l'Hôpital Laënnec. Sa bienveillante sollicitude voulut bien nous guider jusqu'à la fin de nos études. Nous lui devons encore l'inspiration et l'essentiel des données de ce travail. Qu'il reçoive ici l'expression de nos remerciements émus et de notre affectueux attachement.

INTRODUCTION

Depuis le début de nos études médicales notre attention a été attirée par le problème difficile que présente pour le médecin la guérison ou même le soulagement du rhumatisme chronique.

La fréquence de ce mal est considérable et combien de fois, dans notre entourage comme dans les milieux hospitaliers, n'avons-nous pas entendu les malades se plaindre de leurs « douleurs » et demander secours au médecin.

Nous ne parlerons pas dans ce travail des rhumatismes articulaires aigus ni des rhumatismes infectieux à cause bien définie comme les rhumatismes blennorrhagiques ou tuberculeux.

Ceux qui retiennent notre attention, ce sont les rhumatismes chroniques auxquels on ne peut assigner une cause précise : infection, trophonévrose, profession, posture, intoxication, auto-intoxication; autant d'hypothèses que bien souvent il est impossible de vérifier à l'examen clinique.

Ce mal à étiologie mal définie se distingue encore par ses formes multiples et son évolution en général très longue.

Tantôt le rhumatisme se réduit à quelques déformations, tantôt il procède par poussées successives interrompues par de longues pauses et avec des déformations très réduites. D'autres fois il affecte une allure grave et déforme progressivement toutes les jointures. Enfin, bien souvent la douleur est sa seule manifestation; douleur variable par son siège, son intensité, sa durée, et influencée

par un écart de régime, de la fatigue, une variation de l'état atmosphérique ou encore survenant sans cause apparente. Nous voyons combien cette question du rhumatisme chronique est complexe. Par sa très grande fréquence, la longueur de son évolution, le rhumatisme chronique — sans avoir la gravité du cancer ou de la tuberculose — doit être considéré comme un fléau social.

Que peut la thérapeutique pour guérir ce mal?

Il y a de très nombreux médicaments mis à la disposition du médecin pour tenter d'améliorer l'état du rhumatisant chronique, mais aucun n'a pu jusqu'ici prétendre guérir avec certitude.

La polyarthrite rhumatismale est souvent irréductible et cette irréductibilité entraîne en désespoir de cause, l'utilisation, quelquefois faite au hasard, de toutes les armes dont dispose la thérapeutique moderne.

C'est ainsi que tour à tour, simultanément ou successivement, nous voyons prescrire : l'iode, l'arsenic, les sels d'or, le soufre, les préparations opothérapiques, les vaccins, les protéines, les émanations radifères, le massage, la mécanothérapie, l'héliothérapie, la vésication, les cures thermales et enfin même la chirurgie.

Les échecs très nombreux et les déceptions ne se comptent plus. Ces échecs et ces déceptions ne doivent pas nous faire oublier les chances de succès de chaque médicament, pris isolément ou non, s'il a déjà été essayé et à fortiori s'il ne l'a pas encore été.

Le rhumatisant est un malade qui souffre; et le premier réflexe du médecin est de calmer cette douleur.

C'est ainsi qu'entre en jeu la liste de médicaments analgésiques à administration buccale, comme l'aspirine, le pyramidon, l'antipyrine, etc.

Malheureusement, ces médicaments pour être efficaces doivent être pris à dose élevée et dans ce cas ils ne sont pas sans présenter de graves inconvénients.

L'acide acétyl-salicylique est un bon antithermique et aussi un bon analgésique, mais c'est un médicament à manier avec prudence.

Il faut en redouter l'emploi chez les rénaux.

En raison des sueurs profuses et abondantes que les doses thérapeutiques nécessaires déterminent, il est à proscrire dans les poussées fébriles de la tuberculose.

D'autre part, il ne faut pas oublier un gros inconvénient très fréquent : l'intolérance gastrique.

C'est un médicament symptomatique, calmant momentanément la douleur, mais qui n'influe en aucune manière sur l'évolution du processus morbide.

Le but à atteindre, c'est une guérison durable du mal et non pas une simple disparition momentanée d'un de ses symptômes : la douleur.

C'est ainsi que l'on chercha à obtenir une modification du terrain. Pour cela un médicament s'impose à notre esprit : l'iode; il est d'un usage déjà ancien puisque, dès 1852, LASÈGUE s'en servait sous forme de teinture d'iode. Nous le retrouvons sous différentes formes : iodures de potassium ou de sodium qui exigent une préparation soignée car leur pureté est une condition absolue de leur utilisation; iodure de lithine, protoiodure de sodium, triiodure d'arsenic, albumines iodées, solutions huileuses d'iode. Ces différentes préparations furent recherchées en vue d'obtenir une meilleure utilisation par l'organisme de ce médicament remarquablement actif qu'est l'iode.

Un progrès important a été accompli en ce sens par la découverte de l'iode colloïdal préparé par voie électro-

chimique, d'assimilation plus rapide et d'efficacité plus grande.

En 1924, le Docteur J. BOIRAC, ancien interne des Hôpitaux de Paris, faisait part dans la *Revue de Chimiothérapie* des résultats intéressants qu'il avait obtenus avec l'iode colloïdal électro-chimique dans le traitement des arthropathies rhumatismales chroniques.

Partant de cette idée, que dans le traitement du rhumatisme il serait intéressant d'associer synergiquement dans un même médicament un analgésique à un modificateur de terrain, nous avons été amenés à faire l'étude clinique d'un nouveau produit répondant à ces conditions : l'acide acétyl-mono-iodo-salicylique.

Cette étude nous paraissait intéressante et utile car aucun médicament, parmi ceux très nombreux qu'offre la thérapeutique moderne, n'a donné jusqu'à présent entière satisfaction.

Avant d'entrer dans le détail de l'étude chimique de ce nouveau produit nous voyons, de par son nom même, que s'y trouve l'acide acétyl-salicyclique, analgésique employé depuis fort longtemps dans le traitement des manifestations douloureuses, et aussi l'iode qui se présente sous la forme électro-chimique; son activité en fait un excellent modificateur de terrain.

D'autre part, nous verrons dans la partie pharmacodynamique de ce travail les conclusions que nous pouvons tirer de l'étude de l'élimination comparée des iodures et de l'iode électrochimique.

Nous verrons la remarquable facilité d'assimilation de ce médicament qui ne se présente pas comme une association ou un mélange, mais très nettement comme une combinaison.

Ce sont ces propriétés fort intéressantes qui nous ont incité à vérifier cliniquement ce que, théoriquement, on pouvait attendre de ce nouveau médicament.

Dans la première partie nous étudierons l'action chimique et pharmacodynamique de ce nouveau corps organique.

Dans une deuxième partie nous présenterons quelques observations cliniques.

Dans nos conclusions nous nous efforcerons de préciser les conditions d'utilisation de l'acide acétyl-mono-iodo-salicylique et avec les résultats obtenus nous verrons les effets que la thérapeutique moderne peut espérer en tirer.

Etude Chimique

A notre connaissance l'acide acétyl-mono-iodo-salicylique n'a jamais été utilisé en thérapeutique.

Depuis très longtemps, nous l'avons déjà dit, la médication iodée est à la base de la thérapeutique du rhumatisme chronique et en particulier l'action de l'iode colloïdal électro-chimique est établie depuis quelques années déjà.

Nous avons déjà parlé du travail présenté en 1924 par le Docteur J. BOIRAC dans la *Revue de Chimiothérapie*, où il relate les résultats obtenus au moyen de l'iode colloïdal dans le traitement des arthropathies rhumatismales chroniques.

Il était donc naturel de chercher à associer l'iode à l'acide acétyl-salicylique en raison de l'action sédative de ce dernier médicament.

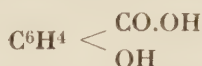
On espérait ainsi que cette combinaison médicamenteuse pourrait être utilisée avec profit dans les cas malheureusement trop nombreux de résistance au salicylate de soude.

Partant de cette idée, M. LE GAC, professeur à l'Ecole de Médecine et de Pharmacie de Rennes, et MM. VIEL et TRÉGOAT ont préparé un produit qui, théoriquement, devait réduire les cas de rhumatisme salicylo-résistants et supprimer les intolérances fréquentes aux médicaments classiques.

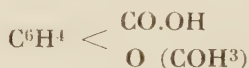
Ils ont gardé le noyau de base salicylé qu'ils ont transformé par :

- 1° Fixation de l'iode sur la molécule;
 - 2° Acétylation de la fonction phénol,
- obtenant ainsi l'acide acétyl-iodo-salicylique.

La formule de l'acide salicylique étant :



On obtient par substitution dans l'oxhydrile phénolique du radical acétyl à l'hydrogène, l'acide acétyl-salicylique.



acide acétyl-salicylique.

D'autre part, si l'on fait agir l'iode sur l'acide salicylique on obtient un mélange de deux dérivés iodés, l'un mono-iodé, l'autre di-iodé par substitution d'un ou deux atomes d'iode à l'hydrogène du groupe benzénique.



On peut séparer ces deux dérivés au moyen de leurs sels de sodium dont la solubilité dans l'eau est différente.

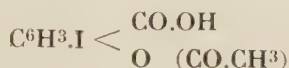
Les auteurs cités plus haut ont retenu seulement le dérivé mono-iodé qu'ils ont transformé après purification, en dérivé acétylé par l'un des procédés utilisés pour la transformation de l'acide salicylique en acide acétyl-salicylique.

La préparation de ce dérivé est obtenue par un procédé électro-chimique et l'iode utilisé a été au préalable raffiné par électrolyse, c'est-à-dire que pour obtenir un produit rigoureusement pur il a fallu employer un iode chimiquement pur.

Ils avaient ainsi réalisé la synthèse de l'acide acétyl-mono-iodo-salicylique.

PROPRIÉTÉS PHYSIQUES ET CHIMIQUES

Ce produit parfaitement défini a pour formule :



Il est constitué par de fines aiguilles blanches.

Sa saveur est d'abord douceâtre, puis légèrement acide en raison de la lente restitution du radical acétyl à l'état d'acide acétique.

SOLUBILITE :

Cet acide acétyl-mono-iodo-salicylique est peu soluble dans l'eau sous l'influence de laquelle il s'hydrolyse par un contact prolongé, en donnant de l'acide iodo-salicylique et de l'acide acétique.

Il est peu soluble dans les solutions de carbonates alcalins, mais facilement soluble dans les solutions d'hydrates.

A *froid*, il se dissout dans l'alcool éthylique et l'alcool méthylique.

A *chaud*, dans le toluène et le benzène.

Cette dernière propriété est utilisée pour la purification : le produit est purifié par plusieurs cristallisations dans le benzène bouillant qui l'abandonne à l'état cristallisé par refroidissement.

POINT DE FUSION :

Il est situé entre 119 et 120°.

Chauffé brusquement au-dessus de son point de fusion, il se décompose en dégageant des vapeurs : d'iode, d'acide acétique et de phénol, et sans laisser de résidu fixe.

La solution dans l'alcool étendu d'eau ne donne pas de coloration avec le perchlorure de fer.

Il renferme 41,5 % d'iode.

PHARMACODYNAMIE

TOXICITÉ :

La toxicité de l'acide acétyl-mono-iodo-salicylique se montre très faible sinon même nulle dans l'expérimentation sur les animaux.

On a pu en faire ingérer en une seule fois 2 grammes à un lapin de 2 kilos sans qu'il manifestât la moindre réaction.

Chez le même animal l'ingestion quotidienne pendant quinze jours de 35 centigrammes d'acide acétyl-mono-iodo-salicylique n'a pas provoqué d'accidents, notamment pas d'albuminurie.

A l'autopsie de l'animal sacrifié, tous les organes se sont montrés normaux.

De même, au cours de nos observations, nous n'avons jamais vu d'intolérance ni de phénomènes d'iodisme quelle que soit la dose prescrite.

ELIMINATION :

Si l'on traite par l'acide nitreux les urines d'un sujet qui a absorbé de l'acide acétyl-iodo-salicylique, on constate que le réactif ne libère pas trace d'iode; c'est donc que l'urine ne contient pas d'iodure, et que l'acide acétyl-iodo-salicylique ne s'élimine pas sous cette forme ionisée. On ne peut mettre en évidence l'iode dans de telles urines qu'après calcination, ou destruction de la matière

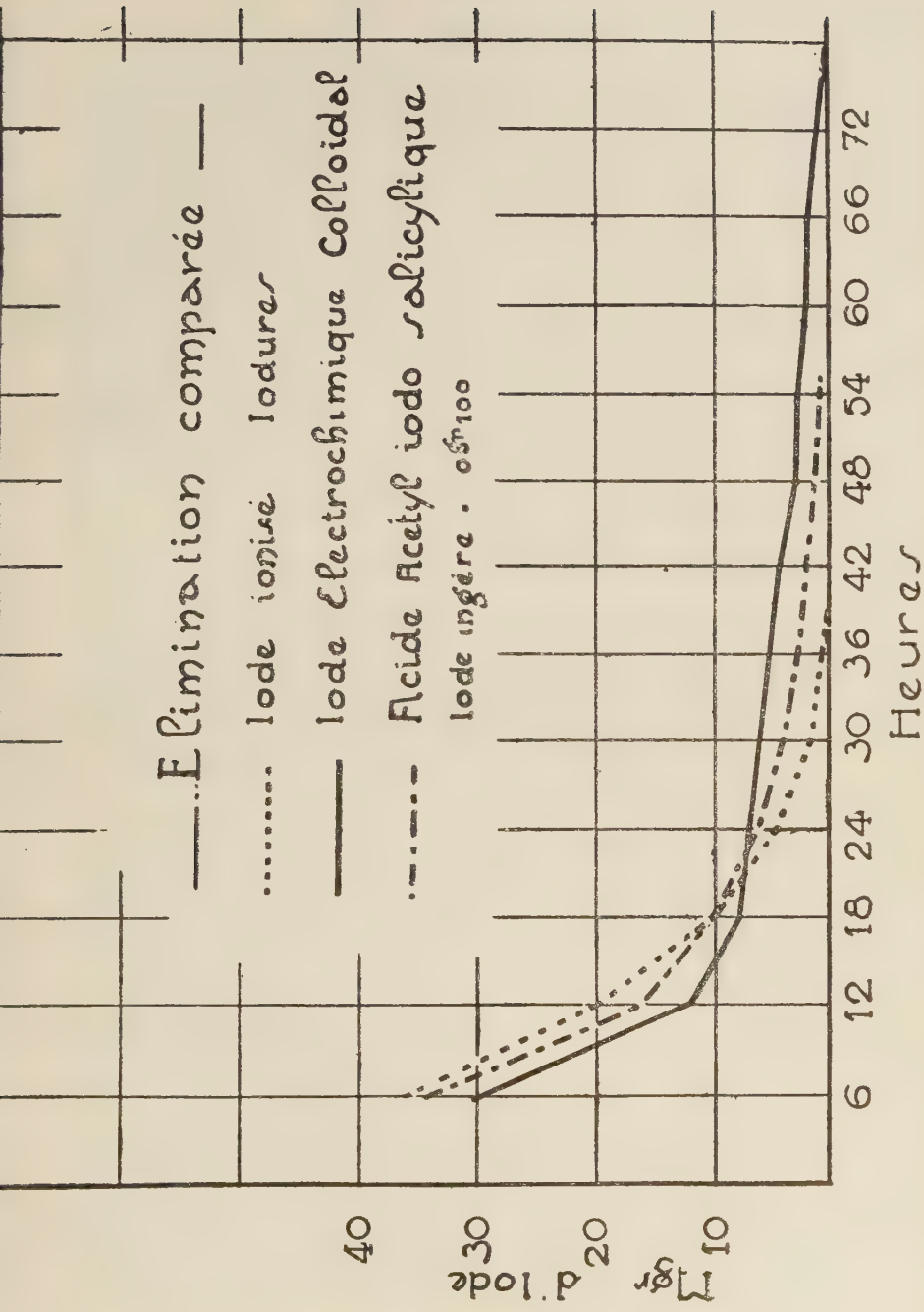
organique par le permanganate de potasse, en milieu alcalin.

Le Docteur POTEL (Thèse Paris 1924) a étudié l'élimination de divers produits iodés, particulièrement celle des iodures et d'un iode colloïdal électro-chimique; *seul parmi ces substances l'iode colloïdal électro-chimique s'élimine sous forme non ionisée*. Frappé par cette analogie que présente l'élimination de l'acide acétyl-iodo-salicylique avec celle de l'iode colloïdal, qui se retrouve dans les urines sous une forme non ionisée, nous avons étudié le rythme de l'élimination de l'acide acétyl-iodo-salicylique, comparativement avec celui des iodures et de l'iode colloïdal électro-chimique.

Il résulte des travaux du Docteur POTEL que *les iodures, quel que soit le cathion auquel l'iode est combiné, s'éliminent selon le même rythme*; après l'absorption par un sujet sain d'une dose d'iodure équivalente à 0,100 d'iode, 55 % de l'iode sont éliminés sous forme d'iodure dans les douze premières heures, 70 % dans le premier jour, trente-six heures après l'ingestion on ne peut plus en déceler dans l'urine.

Après ingestion d'une dose équivalente d'iode colloïdal électro-chimique, il n'y en a que 40 % d'éliminé en 12 heures; et après 72 heures, on en retrouve encore dans l'urine.

Nous avons fait absorber 0,25 d'acide acétyl-iodo-salicylique à des sujets normaux, et nous avons dosé toutes les six heures l'iode éliminé par les urines. Nous avons résumé dans le tableau suivant la moyenne de nos résultats.



Urines recueillies après :	Volumes d'urines	Iode éliminé	Iode total éliminé, %
6 heures	750	34	34
12 heures	320	15	49
18 heures	285	10	59
24 heures	390	7	66
30 heures	190	4	70
36 heures	250	3,5	73,5
42 heures	435	2	75,5
48 heures	375	1,5	77
54 heures	210	traces	77

En comparant les courbes obtenues par le Docteur POTEL dans l'étude de l'élimination de divers dérivés iodés, on remarque que l'acide acétyl-iodo-salicylique obtenu par voie électro-chimique, s'élimine selon un rythme assez voisin de celui de l'iode colloïdal, bien que légèrement plus rapide.

49 % de l'iode de l'acide acétyl-iodo-salicylique sont éliminés dans les 12 premières heures, après ingestion de 0,25 du produit (ce qui correspond à 0,100 d'iode) et après 54 heures on en retrouve encore des traces dans les urines. *Cette élimination relativement lente de l'acide acétyl-iodo-salicylique permet une imprégnation de l'organisme par la substance médicamenteuse, absorbée même à faible dose.*

L'acide acétyl-iodo-salicylique s'élimine donc sous forme d'un complexe organique dont une partie tout au moins est constituée par de l'acide iodo-salicylurique. La constante élimination de cette substance antiseptique par les urines explique l'action bactéricide que possède le médicament sur les germes des voies urinaires. Elle

explique encore l'impossibilité d'accidents d'iodisme, dans l'usage de l'acide acétyl-iodo-salicylique, car on sait que les accidents décrits sous ce nom sont imputables aux seuls iodures.

Nous retrouvons ainsi dans deux dérivés iodés, pourtant différents dans leur nature — iode colloïdal électro-chimique, acide acétyl-iodo-salicylique — mais préparés tous deux par voie électro-chimique, deux propriétés également intéressantes et que nous pouvons considérer comme caractéristiques de l'iode électro-chimique.

MODE D'ACTION DE L'ACIDE ACÉTYL-iodo-SALICYLIQUE

Certaines substances mises en contact avec des toxines microbiennes et autres, possèdent la propriété de neutraliser ces toxines. Le poison microbien ainsi traité n'est pas détruit, car, par un traitement approprié, on peut redonner au produit sa toxicité première, celle-ci était donc simplement neutralisée, « cachée ». Le Professeur VINCENT a donné aux toxines ainsi transformées le nom de cryptotoxines.

Pendant les toxines ainsi modifiées conservent la faculté de provoquer la formation d'antitoxines, elles gardent donc leur pouvoir antigène.

Parmi les substances cryptotoxiques, le salicylate de soude tient une des premières places.

Le Professeur VINCENT, avec la collaboration de L. VELLUZ (C. R. Ac. des Sciences, séance des 19 mars et 29 octobre 1931), a mis en évidence le rôle exaltant du pouvoir cryptotoxique du noyau salicylique par fixation d'halogène dans la molécule. Parmi les dérivés halogènes étudiés, les dérivés iodés possèdent l'indice cryptotoxique le plus élevé. C'est ainsi que le dérivé di-iodé possède un indice cryptotoxique simple 100 fois plus grand que l'acide orthoxybenzoïque (salicylique), et un indice cryptotoxique moléculaire 282 fois plus fort que celui de l'acide salicylique.

L'action cryptotoxique des dérivés halogènes de l'acide salicylique a été étudiée sur des toxines microbiennes, diphtérique, tétanique, colibacillaire en particulier, mais cette action est générale et se manifeste aussi bien sur des toxines non microbiennes, toxines exogènes et endogènes.

Les propriétés de l'acide iodo-salicylique se retrouvent, augmentées même, dans l'acide acétyl-iodo-salicylique, car c'est un fait bien connu, en chimiothérapie, que l'acétylation d'une fonction alcool ou phénol (comme c'est ici le cas) exalte l'action thérapeutique du produit.

Sans doute faut-il voir dans cette action cryptotoxique de l'acide acétyl-iodo-salicylique, l'explication de l'activité thérapeutique qu'il manifeste dans des cas cliniques si divers (Professeur G. POUCHET, Académie de Médecine, 21 mars 1936), états infectieux de toutes natures, rhumatismes infectieux et diathésiques, tous états qui ont un point commun : la production de toxines microbiennes ou de toxines endogènes.

L'action de l'acide acétyl-iodo-salicylique ne porte pas seulement sur les toxines microbiennes, il jouit en outre de propriétés antiseptiques marquées. Il n'est pas dans nos intentions d'étudier en détail le pouvoir antiseptique de l'acide acétyl-iodosalicylique. Toutefois, notre étude de l'acide acétyl-iodosalicylique serait incomplète si nous ne signalions pas l'action vraiment remarquable de ce produit sur des germes infectieux divers et particulièrement sur le colibacille. En quelques jours, le Professeur POUCHET (*Gazette des Hôpitaux*, 5 août 1936) a vu disparaître ce germe des urines de malades atteintes de colibacillurie, après traitement par l'acide acétyl-iodo-salicylique prescrit à des doses relativement faibles : 4 comprimés à 0,05 *pro die*. Le Docteur DURÉUX, médecin de Saint-Lazare, dans

ses observations, a constaté la même action du produit, dans des cas d'urétrites gonococciques aiguës et chroniques.

Quand on sait la ténacité particulière de ces affections, on ne peut qu'être frappé par la rapidité et la constance des résultats.

PRESENTATION :

Nous avons utilisé ce médicament sous la forme de comprimés dosés à 5 centigrammes.

Etude Clinique

Dans cette partie de notre travail, nous nous proposons de présenter quelques malades, de préciser les conditions dans lesquelles il y a lieu d'utiliser l'acide acétyl-iodo-salicylique, et, par les résultats ainsi obtenus, de voir quelle valeur a dès maintenant cette nouvelle arme thérapeutique.

Pour la commodité de l'exposition, nous diviserons cette étude clinique en quatre catégories de malades :

- 1° Rhumatismes articulaires chroniques;
 - 2° Algies lombaires et intercostales;
 - 3° Sciatiques;
 - 4° Goutte.
-

OBSERVATIONS

RHUMATISMES ARTICULAIRES CHRONIQUES

Observation 1.

M. Lev..., âgé de 58 ans, exerçant la profession de peintre en bâtiment.

Ce malade vient consulter le 8 juillet 1936.

Depuis un mois il se plaint de douleurs localisées au cou de pied droit. Ces douleurs se sont installées progressivement avec des paroxysmes aigus.

Actuellement la marche est pénible et c'est en boitant que ce malade vient jusqu'à nous.

L'examen ne révèle rien de particulier.

Les mouvements passifs et actifs quoique limités sont possibles, ils réveillent la douleur.

Le traitement suivi jusqu'à ces jours a été à base d'iodures. C'est devant la persistance de ses douleurs qu'il vient nous voir. Nous prescrivons un régime hypotoxique et nous lui donnons 9 comprimés d'acide acétyl-iodo-salicylique à prendre en trois fois dans la journée.

Dès le cinquième jour, le malade se sent très amélioré. Nous continuons la dose primitive.

Huit jours après le début de notre traitement, la marche est redevenue facile mais une petite douleur se réveille à la fatigue.

Nous abaissons le nombre des comprimés à 6 par jour en trois fois. Dix jours après notre malade nous écrit « qu'il ne sent plus aucune gêne ni douleur ».

Voilà donc un malade qui souffrait de son pied depuis un mois, malgré un traitement aux iodures.

Dès le cinquième jour nous constatons une grosse amélioration et en 20 jours nous le débarrassons complètement de ses douleurs.

Observation 2.

M^{me} De... , 48 ans, infirmière de l'A. P.

A l'âge de 25 ans cette personne a eu un érythème rhumatismal. Ce fut le début de toute une série de manifestations douloureuses : algies cervicales, scapulaires, intercostales. Ces douleurs n'étaient pas très violentes et n'étaient pas une gêne pour son travail.

Il y a 10 ans s'est installée une tarsalgie douloureuse par intermittence. Traitée par l'huile iodée elle eut quelques rémissions.

Cette malade vient nous voir, car depuis deux mois ces douleurs ont repris.

Elles se manifestaient au début par une fatigue. Actuellement plus constantes, elles présentent des paroxysmes insupportables au pied gauche. Cette malade ayant un service assez pénible à assurer pensait à demander sa retraite.

L'examen ne montre rien au pied gauche. Le pied droit est légèrement tuméfié et rouge.

Le 15 mars nous prescrivons 6 comprimés à prendre en 3 fois.

Cinq jours plus tard elle revient nous voir, ses douleurs ont complètement disparu; la marche est très facile. A l'examen nous n'observons plus la légère tuméfaction du pied droit.

Nous lui conseillons de continuer quelque temps encore un traitement d'entretien de 1 comprimé par jour.

Voilà donc une rhumatisante qui depuis de longues années a souffert de douleurs à siège variable. En 5 jours nous réduisons une douleur qui se manifestait depuis deux mois.

Tout son passé de manifestations douloureuses nous a incité à préconiser un traitement d'entretien prolongé pour avoir une action plus profonde et plus durable sur le terrain.

Observation 3.

M. Hu . . . , 43 ans, cuisinier. Ce malade vient consulter le 21 juillet 1936.

Il nous dit qu'après une très longue promenade à pied, une douleur vive s'est installée au genou droit. Cette douleur est réapparue depuis, chaque fois qu'il faisait une marche de quelque importance. L'apparition de cette douleur date de 15 jours.

Dans ses antécédents, nous ne notons aucune manifestation d'ordre rhumatismal.

L'examen nous montre un genou d'apparence normale.

Nous prescrivons 6 comprimés par jour, à prendre en 3 fois.

Le 29 juillet ce malade revient nous voir, il se considère guéri. La marche même longue ne fait apparaître aucune douleur.

Cette observation nous montre un malade sans passé rhumatismal qui brusquement voit s'installer, à la suite d'une fatigue, une douleur persistante. En 8 jours de traitement cette douleur disparaît.

Observation 4.

M^{me} de S..., 50 ans, sans profession.

Cette dame vient consulter le 1^{er} août 1936. Elle nous explique que depuis trois mois « toutes ses articulations la font souffrir ». Comme nous lui demandons de préciser, elle nous apprend qu'elle a souffert successivement de sa main droite, de son coude, de son épaule, puis de son pied droit.

Actuellement la douleur existe encore aux deux mains et au genou droit.

L'examen montre de la rougeur et une légère tuméfaction de ses articulations. Les mouvements actifs et passifs sont possibles, mais ils réveillent une douleur aiguë.

Nous prescrivons un régime hypotoxique et 6 comprimés par jour d'acide acétyl-mono-iodo-salicylique, à prendre en 3 fois.

Le 10 août cette malade revient et se déclare guérie.

L'examen des articulations nous montre la disparition de la rougeur et de la tuméfaction.

Voilà un cas de polyarthrite rhumatismale récente guérie en 10 jours.

Etant donné que l'atteinte avait été assez sérieuse, nous conseillons un traitement d'entretien de 1 comprimé par jour.

Observation 5.

M. De..., 68 ans, sans profession.

Ce malade vient consulter le 1^{er} juillet 1936 parce que depuis un an et demi il souffre de douleurs articulaires aux genoux, aux mains et au poignet droit.

Ces douleurs ne sont pas constantes et leur siège varie d'un moment à l'autre. Les différences de température et l'humidité ne sont pas sans influence sur l'apparition de ses douleurs. Elles sont exagérées par la fatigue et le mouvement, et persistent au repos.

L'examen montre des mains déformées et des genoux à type globuleux. Les mouvements sont limités dans la flexion et l'extension.

Ce malade a subi déjà de nombreux traitements sans grands résultats. Il a essayé des sels d'or, du salicylate de soude; c'est un peu en désespoir de cause qu'il vient nous voir.

Nous prescrivons un régime hypotoxique et 9 comprimés à prendre en trois fois. Le 15 juillet, le malade revient : les douleurs n'ont pas disparu, mais il nous dit qu'elles ont diminué d'intensité et que les mouvements sont plus faciles. Nous continuons le traitement sans en rien modifier.

Le 25 juillet le malade revient satisfait : il nous déclare que l'amélioration s'est encore accentuée : aucune douleur au repos, la marche est facile et ce n'est qu'après un long parcours que les douleurs réapparaissent. L'usage de ses mains est normalement possible.

L'examen montre des articulations toujours déformées mais non douloureuses. Nous conseillons à notre malade de continuer le traitement à raison de 2 comprimés par jour.

Dans cette observation nous voyons une polyarthrite rhumatismale chronique vieille de près de 2 ans, très améliorée par l'acide acétylo-salicylique alors que d'autres traitements, en particulier le salicylate de soude, avaient échoué.

Observation 6.

M^{lle} Du... , 50 ans, vendeuse au Bon Marché.

Cette malade vient consulter le 15 juillet 1936 parce que depuis une huitaine de jours elle se plaint de douleurs au genou gauche.

Son travail l'oblige à beaucoup marcher, elle est dans l'impossibilité de se reposer et les longues stations debout accentuent sa douleur. La marche se fait en boitant.

L'examen ne nous montre pas de tuméfaction ni de rougeur. Les mouvements actifs et passifs sont possibles, mais la douleur réapparaît dans les positions extrêmes.

Nous prescrivons un régime hypotoxique et donnons 9 comprimés à prendre en 3 fois dans la journée.

Le 21 juillet cette malade revient nous voir. Elle se dit très améliorée. La marche ne lui est plus pénible. Les stations debout de longue durée sont possibles. Elle ressent encore, mais très rarement, quelques manifestations douloureuses. Seule persiste une petite gêne aux mouvements extrêmes.

Nous conseillons de continuer le traitement à raison de deux comprimés par jour.

Nous avons demandé à cette malade de revenir nous voir, mais elle ne l'a pas fait.

Néanmoins, nous voyons qu'en cinq jours, chez une femme qui souffrait beaucoup, la douleur cède à l'administration de quelques comprimés.

Observation 7.

M^{me} Th..., 66 ans, concierge.

Le 21 juillet, cette malade vient consulter.

Elle nous explique que depuis huit ans elle souffre de douleurs au genou droit. Ces douleurs ne sont pas constantes et elles font place à des rémissions assez longues. Elle nous dit que l'humidité et le froid ne sont pas sans influence sur leur apparition.

En ce moment la marche lui est très pénible. Elle a essayé de nombreux traitements et en particulier a beaucoup usé de pommades au salicylate de méthyle. Ces médicaments lui apportèrent des soulagements momentanés.

Depuis quelques jours ses douleurs ont repris et elle vient nous voir à ce sujet.

L'examen nous montre un genou pâle et déformé. Les mouvements passifs sont limités et douloureux. De nombreux craquements sont perçus à la flexion du genou.

Nous lui donnons six comprimés par jour, à prendre en trois fois.

Le 28 juillet, elle revient nous voir très améliorée. La marche est encore pénible et les mouvements sont encore limités. Nous continuons le traitement.

Le 7 août, elle revient et se dit guérie.

L'examen montre toujours le genou avec ses mêmes déformations. Au mois d'octobre cette malade nous écrit pour nous dire que ses douleurs avaient cessé jusqu'à cette époque, mais qu'elles reprenaient. Nous lui conseillons de reprendre de l'acide acétyl-mono-iodo-salicylique.

Trois semaines après, elle nous écrit à nouveau pour nous dire que ses douleurs avaient pratiquement disparu et que la marche était facile.

Nous conseillons un traitement d'entretien de un comprimé tous les deux jours.

Cette observation nous montre une rhumatisante qui souffrait depuis huit ans. Une première crise est réduite en quinze jours, une seconde crise apparue trois mois après est réduite en trois semaines.

Observation 8.

M. Ag..., 75 ans.

Le 26 mars, ce malade vient consulter. Depuis le mois de décembre dernier se sont installées progressivement des douleurs localisées aux deux mains. Ce malade a quelques difficultés à faire des gestes même élémentaires.

L'examen montre une main gauche déformée; la flexion sur l'avant-bras est possible, mais la mobilité de l'index et du médius est très limitée et douloureuse. La main droite est plus valide et seul l'annulaire est douloureux.

Ce sont des douleurs continues avec paroxysmes.

Nous ordonnons six comprimés par jour en trois fois.

Le 1^{er} juin ce malade revient nous voir et se dit très amélioré. En effet, nous constatons que sans avoir recouvré

l'usage parfait de ses doigts, il peut augmenter l'amplitude de ses mouvements.

Nous continuons le même traitement.

Le 13 juin, il revient nous voir et se plaint d'une nouvelle reprise des douleurs. L'examen ne montre rien de nouveau. Les mouvements ont gardé la même amplitude que celle observée à la dernière visite.

Nous continuons 6 comprimés par jour.

Le 20 juin, il vient nous signaler une légère amélioration sur l'état antérieur.

Le 26 juin, il revient de nouveau : les douleurs ont disparu et l'usage de ses doigts est possible. La limitation des mouvements persiste, mais elle est considérablement diminuée.

Enfin, le 28 juillet il revient nous voir pour nous dire que les douleurs n'ont pas réapparu depuis sa dernière visite et qu'il se sert toujours aussi bien de sa main que le 26 juin dernier.

Un traitement d'entretien est indiqué.

Voilà un malade âgé qui souffrait depuis plus d'un an d'une polyarthrite rhumatismale chronique.

Après une première amélioration obtenue facilement, nous voyons une reprise des phénomènes douloureux. La persistance dans le traitement durant un mois nous permet d'obtenir la sédation des douleurs. Les mouvements resteront limités quoique améliorés. Les déformations persistent. Seule, la douleur a disparu ; le mal n'a pas récidivé et ne s'est pas aggravé. Son état semble *stabilisé*.

Observation 9.

M^{me} Lo..., 45 ans, employée.

Cette personne employée chez un confrère souffre depuis une quinzaine de jours de son genou droit. Cette douleur est d'autant plus pénible que M^{me} Lo... a une luxation congénitale de la hanche.

L'examen du genou ne révèle rien de particulier, si ce n'est de la douleur à la mobilisation.

Le 22 juillet 1936, elle commence son traitement qui est simplement de quatre comprimés à prendre en deux fois dans le courant de la journée.

Le 28, une grosse amélioration est constatée et la marche est beaucoup moins pénible. Le traitement est continué.

Le 2 août, aucune douleur ne se fait plus sentir et même une longue station debout ne l'a pas fait réapparaître.

Pendant quinze jours encore nous conseillons de continuer à prendre deux comprimés par jour. Aucune récurrence n'a été constatée par la suite.

Cette arthrite du genou réduite en une dizaine de jours n'a pas récidivé depuis.

Observation 10.

M^{me} Pe..., 57 ans.

Cette malade vient consulter le 22 juillet 1936. Elle nous dit sa très longue histoire : il y a environ un an elle a eu une crise de rhumatisme polyarticulaire qui nécessita son hospitalisation.

Ces douleurs débutèrent par les épaules puis gagnèrent les genoux et les pieds. Elle resta huit mois à l'hôpital; on lui fit de nombreux traitements, entre autres : salicylate, aspirine, sels d'or et c'est très améliorée qu'elle en sortit il y a cinq mois.

Pendant ces cinq mois les douleurs réapparurent, mais très atténuées.

Elle vient nous voir, car de nouveau, les douleurs sont devenues intolérables. Toute la partie gauche du thorax est douloureuse et la respiration est difficile. Les genoux et les pieds sont aussi douloureux. Devant l'intensité de ces symptômes nous demandons une série de clichés radiographiques : aucune lésion osseuse n'est constatée.

Nous préconisons un régime et nous donnons neuf comprimés à prendre en trois fois dans la journée.

Le 30 juillet, notre malade revient nous voir : l'hémi-thorax gauche n'est plus douloureux et la respiration n'est plus gênée. Les genoux et les pieds sont encore douloureux mais la marche semble plus facile. Il y a atténuation indiscutable des douleurs, mais celles-ci n'ont pas encore disparu et semble s'être stabilisées; la marche sans trop grande fatigue est possible.

Nous revoyons cette malade le 16 octobre; les douleurs très atténuées persistent, mais semblent stabilisées puisque aucune récurrence n'a eu lieu.

Cette observation nous montre une malade qui a fait une crise sévère de rhumatisme polyarticulaire avec atteinte progressive de toutes les articulations. De nombreux traitements furent essayés et grâce à eux il fut possible d'obtenir une amélioration appréciable.

L'acide acétyl-iodo-salicylique nous a donné satisfaction, puisque en huit jours nous avons obtenu une très sensible amélioration. En persistant dans le traitement, nous n'avons pu voir la guérison. Néanmoins, il nous semble avoir observé une stabilisation.

Ce résultat, quoique médiocre pour nous, est apprécié par notre malade.

Dans ces quelques observations nous avons vu quelle pouvait être l'action de l'acide acétyl-mono-iodo-salicylique dans le rhumatisme articulaire chronique.

Notre dose a varié entre quatre et neuf comprimés par jour.

Nous allons reprendre l'étude clinique en relatant quelques observations sur les algies lombaires et intercostales.

ALGIES LOMBAIRES ET INTERCOSTALES

Nombreux sont les malades et surtout les femmes qui se plaignent de « souffrir des reins ». Dans le syndrome douloureux de la région lombaire nous n'envisagerons que le lumbago, vulgarisé au XVIII^e siècle par SAUVAGES. Nous y rattacherons quelques observations de rhumatisme vertébral.

Observation 11.

M^{me} Co..., 44 ans, gouvernante d'enfants.

Depuis trois mois, cette malade se plaint de douleurs lombaires. Ces douleurs se sont installées progressivement et deviennent de plus en plus pénibles.

La marche est douloureuse et c'est à grand'peine qu'elle peut continuer son travail. Elle a essayé les traitements habituels sans obtenir de grande amélioration.

Elle consulte le 15 juin 1936. L'examen ne nous révèle rien. La flexion du tronc dans les différentes positions est considérablement diminuée et ne se fait pas sans douleur. La radiographie nous montre un système osseux sans lésion. Nous prescrivons six comprimés par jour, à prendre en trois fois.

Le 20 juin, c'est-à-dire cinq jours plus tard, cette personne revient nous voir. Ses douleurs ont considérablement diminué et les mouvements se font facilement

avec beaucoup plus de souplesse. Nous persistons dans le même traitement.

Le 3 juillet, nous avons encore sa visite. L'amélioration s'est encore accentuée; les douleurs ont complètement disparu, et seule une longue marche peut réveiller quelques douleurs peu accentuées. Nous diminuons la dose et ne prescrivons plus que deux comprimés par jour.

Le 13 juillet cette personne revient encore nous voir pour nous dire qu'elle est complètement guérie. Aucune douleur, même après une longue marche, ne se fait sentir.

Cette observation nous montre une malade qui souffrait depuis trois mois et qui n'avait pas pu obtenir de soulagement avec divers traitements.

Dès le cinquième jour de sa cure d'acide acétyl-mono-iodo-salicylique on constate une première amélioration. Un mois après le début du traitement les douleurs ont complètement disparu.

Observation 12.

M^{me} Du..., 58 ans, professeur de piano.

Cette malade vient consulter le 1^{er} juillet 1936. Elle nous dit qu'il y a un mois et demi, à la suite d'un effort minime, elle a ressenti brusquement une violente douleur « dans les reins »; cette douleur s'est atténuée depuis, mais persiste toujours. Elle augmente avec la fatigue. Douleur bilatérale disparaissant dans la position couchée.

L'inspection ne révèle aucune déformation. La palpation met en évidence une légère contracture des masses

lombaires. Les mouvements de flexion sont limités et douloureux.

Nous prescrivons neuf comprimés par jour en trois fois.

Le 13 juillet, cette malade revient nous voir. Elle se considère guérie. La contracture a disparu, les mouvements de flexion sont possibles et ne réveillent aucune douleur.

Nous conseillons de prendre encore pendant une quinzaine de jours deux comprimés par jour, afin d'éviter toute récurrence.

Cette observation montre un rhumatisme musculaire qui durait depuis un mois et demi et qui se trouve guéri en quinze jours avec récupération totale des mouvements.

Observation 13.

M^{me} Bu..., 62 ans.

Le 25 juin cette malade vient consulter parce que depuis quinze jours elle se plaint de douleurs lombaires. Ces douleurs se sont installées progressivement; douleurs continues avec rémissions et paroxysmes. Elles ont une irradiation basse dans les cuisses et sont bilatérales.

Cette personne nous dit qu'elle a déjà eu de nombreux accès douloureux avec les mêmes symptômes. Elle en fixe le nombre à quatre ou cinq. Ces douleurs réapparaissent environ tous les deux ans.

L'examen ne nous révèle rien de particulier. Le système osseux paraît normal; il n'y a pas de contracture musculaire.

Seuls, les mouvements de flexion du tronc sont limités, et il est difficile à notre malade de se pencher en avant sans douleur.

Nous prescrivons un régime hypotoxique peu sévère et nous donnons neuf comprimés par jour, à prendre en trois fois.

Le 16 juillet, c'est-à-dire vingt jours après le début du traitement, notre malade revient nous voir; elle se sent considérablement mieux. La marche n'est plus pénible, elle peut se baisser assez facilement et vaquer à ses occupations. Seule, la fatigue fait réapparaître une légère courbature qui disparaît après le repos.

Nous continuons le même traitement. Le 27 juillet, nouvelle visite. La première amélioration déjà constatée reste la même. La légère courbature qu'elle voit apparaître après la fatigue ne la gêne pas, nous dit-elle.

Le 20 octobre, cette malade nous donne de ses nouvelles; elle nous dit que ses douleurs n'ont pas réapparu et la fatigue seule lui fait ressentir une légère courbature dans les lombes.

Nous observons dans ce cas de lombalgie vieux de quinze jours une amélioration sérieuse obtenue en trois semaines. Cet état persistera pendant plus de quatre mois à notre connaissance, et aucune récurrence du mal ne s'est fait voir pendant cette période.

Observation 14.

M^{me} Mo..., 69 ans, couturière.

Cette dame vient consulter le 5 juillet 1936, parce que brusquement, elle a ressenti une violente douleur à la fesse

droite l'empêchant de s'asseoir et de marcher. Elle nous dit qu'il y a six ans elle a eu un rhumatisme vertébral avec déminéralisation légère. Elle se plaint de troubles oculaires et de maux de tête. La tension est élevée, puisque au *Vaquez* nous trouvons 21,5-12.

L'examen ne nous révèle rien de particulier, seule une douleur se réveille, à la pression de l'articulation sacro-iliaque du côté droit.

Une radiographie osseuse ne nous montre rien d'anormal. Pour son hypertension artérielle, nous la mettons au régime et lui donnons une médication appropriée. Pour sa douleur, nous prescrivons neuf comprimés d'acide acétyl-iodo-salicylique à prendre dans la journée.

Dès le troisième jour, une nette amélioration se fait sentir et, le cinquième jour, notre malade peut s'asseoir et se déchausser, choses impossibles auparavant.

Le 10 août elle revient nous voir et ses douleurs ont complètement disparu. Sa tension s'est légèrement abaissée : 19,5-11,5.

Notre malade nous a fait parvenir de ses nouvelles le 16 octobre. Elle nous a appris qu'un mois après sa guérison elle avait eu de nouvelles douleurs à même localisation. Elle refit une cure d'acide acétyl-mono-iodo-salicylique et obtint la guérison en cinq jours; depuis elle n'a plus souffert.

Cette observation nous montre un cas d'arthrite sacro-iliaque guéri en quinze jours; une récurrence est rapidement réduite en cinq jours.

Observation 15.

M^{me} St. . . , 28 ans.

Le 10 juin 1936, cette malade vient consulter et nous dit l'histoire suivante :

Il y a deux mois, à la suite d'un effort minime, elle a ressenti une violente douleur « dans les reins ». Cette douleur rendait tout mouvement très pénible. Elle a consulté et on lui prescrivit un analgésique en piqûres. Sa douleur diminua et elle se crut guérie. Ces douleurs viennent de reprendre et c'est pourquoi elle vient nous consulter.

Nous constatons que la marche est pénible et qu'il lui est impossible de se baisser. Cette douleur est unilatérale à droite.

L'examen ne montre rien de bien spécial. La palpation des masses lombaires est douloureuse et montre une légère contracture bilatérale.

Nous prescrivons neuf comprimés à prendre en trois fois dans la journée. La première amélioration est assez longue à obtenir et ce n'est que quinze jours après le début de ce traitement que notre malade peut récupérer une marche normale et se baisser facilement.

Cet état va toujours s'améliorant, et un mois après sa consultation elle ne sent plus la moindre douleur. Elle nous signale quelques troubles gastriques, mais qui ne sont pas en rapport avec l'ingestion des comprimés. Une hygiène alimentaire réduit ces quelques troubles.

En octobre 1936, quatre mois après cette crise douloureuse, notre malade nous informe qu'elle n'a plus jamais ressenti de douleurs.

Cette observation nous montre un lumbago rebelle amélioré par un analgésique. Une rechute

apparaît; nous prescrivons l'acide acétyl-iodo-salicylique avec insistance, et la guérison sans récidive est obtenue en moins d'un mois.

Observation 16.

M. Du... , 34 ans, paveur.

Ce malade vient consulter le 29 mai 1936 : depuis deux mois, il se plaint de douleurs à la région sacrée. Douleur apparue progressivement avec une intensité qui va en augmentant, accentuée encore par la fatigue et la marche. Ce malade est obligé de cesser son métier de paveur qui est très pénible.

Il vient à nous courbé en deux et s'aide d'une canne.

L'examen montre que l'articulation sacro-iliaque est sensible à la palpation. M. Du... a essayé différentes pommades qui furent sans action efficace. Nous lui donnons six comprimés à prendre dans la journée en trois fois.

Le 5 juin, une semaine plus tard, ce malade revient nous voir. Il ne s'aide plus de sa canne et nous fait part de sa satisfaction à marcher facilement. La fatigue seule réveille un point douloureux.

Nous persistons dans la même thérapeutique avec six comprimés.

Le 12 juin, ce malade revient nous voir complètement guéri et il reprend son travail.

Dans cette observation nous voyons une arthrite sacro-iliaque vieille de deux mois entraînant l'impotence fonctionnelle, céder en quinze jours à l'action de l'acide acétyl-mono-iodo-salicylique.

Observation 17.

M^{me} Pa. . . , 52 ans, plongeuse.

Cette malade vient consulter le 12 juillet 1936.

Depuis quatre ans elle se plaint de douleurs lombaires qui se sont installées progressivement. Ces douleurs ne sont pas constantes et elles réapparaissent après la fatigue ou le froid. Pendant ces périodes de crises douloureuses elle est obligée de cesser son travail assez pénible de plongeuse.

L'examen nous révèle une contracture légère et bilatérale des masses lombaires; il n'y a pas de déformation osseuse apparente.

Une radiographie ne montre aucune lésion vertébrale. De nombreux traitements ont été essayés par notre malade sans grand succès.

Nous pensons être en présence d'un lumbago chronique récidivant.

Au moment où se présente notre malade, elle est en pleine crise et elle marche difficilement. Elle ne peut se baisser et les mouvements latéraux sont pratiquement impossibles.

Nous lui donnons neuf comprimés par jour, à prendre en trois fois.

Le 29 juillet, cette malade revient nous voir. Elle se sent très améliorée et ses mouvements sont faciles quoique encore un peu raides. Elle a repris son travail. Seule, la fatigue fait apparaître une légère courbature.

Nous lui conseillons de continuer le traitement à raison de deux comprimés par jour.

En octobre, notre malade nous donne de ses nouvelles : l'amélioration constatée en juillet s'est maintenue et aucune récidive n'a été constatée.

M^{me} Pu... a pu continuer son travail sans interruption.

Cette observation nous montre une malade qui souffrait de lombalgie depuis quatre ans avec des périodes d'accalmie et de paroxysmes. En trois semaines nous réduisons ces douleurs de façon durable.

Nous avons déjà constaté plusieurs fois cet arrêt dans l'évolution des phénomènes douloureux, arrêt qui nous semble sinon définitif, du moins durable.

Observation 18.

M. De..., 53 ans, ébéniste.

Dans cette observation nous relaterons l'histoire d'un malade souffrant de douleurs intercostales.

M. De... vient consulter le 7 juillet 1936. Il nous dit qu'il y a sept mois, il a eu une pleurésie. Depuis sa guérison ont apparu des douleurs intercostales qui furent rebelles aux traitements habituels par les analgésiques. Ces douleurs, au moment de leur paroxysme amènent une gêne dans la respiration. Localisées à droite, du même côté que la pleurésie, ces douleurs augmentent d'intensité avec le froid et la fatigue.

Notre malade est en bon état général.

L'examen ne révèle rien sinon des signes de pleurésie cicatrisée.

Nous lui donnons six comprimés par jour, à prendre en trois fois.

Le malade revient nous voir un mois plus tard. Il nous dit avoir ressenti une amélioration dès le début du traite-

ment, mais depuis une huitaine de jours, les douleurs ont à nouveau repris.

A vrai dire quand nous précisons l'interrogatoire, notre malade nous apprend qu'il a suivi assez irrégulièrement son traitement. Il a été décidé à revenir nous voir en constatant la guérison de sa femme que nous avions traitée pour un rhumatisme poly-articulaire chronique.

Nous reprenons notre première prescription de six comprimés.

Quinze jours plus tard, notre malade revient nous affirmer que ses douleurs intercostales ont complètement disparu.

A titre accessoire il nous signale que ses selles, qui étaient toujours nauséabondes, ne présentent plus cette odeur. Cette indication nous confirme l'action puissamment désinfectante de l'acide acétyl-mono-iodo-salicylique. Il nous a été donné de revoir notre malade vers la fin du mois d'août et il nous a fait part de sa satisfaction de ne pas avoir vu ses douleurs réapparaître.

Un traitement d'entretien de deux comprimés par jour pendant huit jours par mois avait été conseillé.

Dans cette observation nous voyons des douleurs intercostales rebelles céder en quinze jours de traitement réel.



Avec cette dernière observation, nous terminons la série de celles que nous avons groupées sous le terme d'algies lombaires et intercostales.

Nous allons maintenant étudier l'action de l'acide acétyl-mono-iodo-salicylique dans deux cas de sciatique.

NÉVRALGIES SCIATIQUES

Dans deux observations de névralgies sciatiques à forme légère nous nous efforcerons de montrer l'action de ce nouveau médicament qu'est l'acide acétyl-mono-iodo-salicylique.

Observation 19.

M. Ju... , 55 ans, chauffeur.

Ce malade vient consulter le 18 juillet parce qu'il y a deux jours il a ressenti brusquement dans la fesse droite une douleur avec irradiations dans la cuisse jusqu'au mollet. Il est fort ennuyé de cet état de choses car la conduite d'une automobile lui est devenue impossible.

Quand il se présente à nous, nous remarquons qu'il est gêné dans la marche et qu'il prend une attitude antalgique penchée.

Ces douleurs n'ont pas un caractère de violence extrême mais elles sont exagérées par tout mouvement.

Notre examen révèle un symptôme dominant : la douleur. Cette douleur se retrouve à la palpation sur le trajet du sciatique. Les mouvements ayant pour conséquence l'allongement du sciatique provoquent la douleur; le signe de LASÈGUE s'observe.

A droite, nous percevons une légère hypotonie musculaire des fessiers. Il n'y a pas d'abaissement sensible du pli fessier.

Les réflexes achilléens sont sensiblement identiques. Ce sont-là les seuls signes que nous pouvons trouver. L'examen général ne nous révèle rien et notre malade ne présente aucun signe de syphilis.

Notre diagnostic serait de sciatique essentielle, ou plus correctement de sciatique primitive. Nous recommandons le repos à notre malade et lui donnons six comprimés à prendre dans la journée, en trois fois.

Le 21 juillet, trois jours plus tard, ce malade revient nous voir. Il se dit très amélioré, sa marche est facile et il pense reprendre son travail. Sa douleur a disparu pour faire place à une certaine gêne.

L'examen montre quand même une réaction douloureuse à la palpation et à l'allongement. Nous persistons dans le même traitement.

Le 24 juillet, c'est-à-dire une semaine après sa première visite, le malade se représente à nous et se dit guéri. L'examen n'est plus douloureux, et nous nous rallions à cette opinion.

Cette observation nous montre un cas de sciatique primitive à forme légère, guéri en une semaine.

Observation 20.

M. Ba..., 28 ans, mécanicien chauffeur.

Ce malade vient consulter le 16 juin 1936.

Il nous relate l'histoire suivante : Il y a environ un an il a eu une crise très douloureuse à la hanche gauche l'obligeant à cesser son travail. Sa douleur partait de l'aileron sacré et irradiait vers le mollet. Traitée à ce moment par un baume analgésique la douleur persista pendant une

quinzaine de jours pour disparaître progressivement. Ces mêmes douleurs ont réapparu depuis trois semaines et le traitement précédemment indiqué est resté sans effet.

Notre malade a été de nouveau dans l'obligation de cesser son travail.

Quand il se présente à nous, nous observons de la gêne dans la marche et au repos il prend une attitude hanchée. Chez ce malade la douleur est aussi le symptôme dominant : douleur à la palpation sur le trajet du sciatique, douleur à la mobilisation dans les mouvements extrêmes.

A gauche, hypotonie musculaire et léger abaissement du pli fessier. Le réflexe achilléen gauche est sensiblement diminué. Les réflexes rotuliens sont identiquement normaux.

Ce malade est en bon état général. Sa tension artérielle est de 13-6 au *Vaquez*.

Une radiographie osseuse nous montre : une articulation coxo-fémorale normale; sur l'articulation sacro-coccigienne quelques épines osseuses.

Le diagnostic posé est : sciatique.

Nous recommandons le repos et nous lui donnons six comprimés par jour à prendre en trois fois.

Le 26 juin ce malade revient nous voir; il se dit complètement guéri, toute douleur a disparu et aucune gêne ne se révèle à la marche.

L'examen ne réveille aucune douleur. La tension artérielle est toujours de 13-6.

Nous recommandons à notre malade de continuer à prendre un comprimé tous les deux jours pendant quinze jours. Nous avons pu revoir notre malade en octobre 1936, il n'avait jamais ressenti de douleur depuis juin de la même année.

Dans cette observation qui nous montre un malade atteint de sciatique depuis trois semaines, nous voyons une guérison durable se manifester après dix jours de traitement.

Observation 21.

Dans cette dernière observation, nous verrons quel a été le soulagement obtenu avec l'acide acétyl-mono-iodo-salicylique dans un cas de goutte.

M^{me} Vi..., âgée de 56 ans, vient consulter le 6 juillet 1936.

Cette malade nous explique que depuis quatre ans elle souffre de crises de goutte. Ces crises sont assez fréquentes et fort douloureuses. Localisées aux mains et aux pieds, elles rendent la marche et tout travail impossible.

L'examen nous montre des mains déformées, avec des nouures aux différentes articulations des doigts.

L'état général de notre malade est bon. Sa tension artérielle est de 16,5-9.

Nous prescrivons un régime hypotoxique et lui conseillons de prendre neuf comprimés par jour en trois fois.

Le 16 juillet notre malade revient nous voir considérablement améliorée. Les douleurs sont beaucoup moins intenses et permettent la reprise de ses occupations. Nous abaissons la dose à six comprimés par jour.

Le 25 juillet les douleurs ont complètement disparu, exception faite pour l'annulaire droit qui a d'ailleurs été luxé antérieurement.

En octobre, notre malade nous fait savoir qu'elle n'a jamais plus souffert depuis et qu'elle se considère comme guérie.

Dans cette observation, la malade sujette à de fréquentes crises de goutte est améliorée dès le dixième jour du traitement et après trois semaines survient une guérison durable.

Considérations Générales

L'acide acétyl-mono-iodo-salicylique est un composé défini qui n'a jamais été utilisé jusqu'à présent en thérapeutique.

Ce produit ne se présente pas comme une association d'acide acétyl-salicylique et d'iode, mais comme une combinaison.

C'est un nouvel sel à fonction acide.

Dans la partie pharmacodynamique de ce travail, nous avons vu qu'il s'éliminait sous forme d'acide iodo-salicylique et d'un autre complexe organique iodé.

L'iode électro-chimique présente des propriétés fort intéressantes et on peut admettre qu'il agit dans l'organisme à la manière d'un catalyseur : c'est un modificateur du terrain; il neutralise les toxines; son pouvoir antiseptique est très élevé.

Nous connaissons les propriétés remarquables qu'ont les catalyseurs et les recherches expérimentales de LAUMONIER (1917) ont établi que l'iode électro-chimique se fixait sans les détruire sur les leucocytes qui le véhiculent aux divers organes.

En effet, d'après le Professeur POUCHET, les iodures, possédant un pouvoir lymphagogue accusé, mettent en jeu les lois de l'osmose et leur présence entraîne la transsudation de la partie liquide du sang dans les espaces lymphatiques.

Ce flux de lymphé, s'il est trop abondant et trop brusque, peut entraîner divers accidents et notamment l'œdème pulmonaire, par débordement dans les alvéoles du liquide lymphatique. Cet œdème est une manifestation typique de l'iodisme ou, plus exactement, de l'iodurisme (BOUDREAU).

L'iode électro-chimique n'étant pas ionisé, son action est plus lente que celle des iodures, le pouvoir lymphagogue sera plus prolongé et plus doux et ne déterminera jamais d'accidents d'iodisme.

C'est ce que la clinique a vérifié.

En étudiant l'élimination de l'iode électro-chimique, qui se fait lentement, on y trouve un argument supplémentaire à l'appui de cette hypothèse.

Le pouvoir antitoxique de l'iode colloïdal électro-chimique a été étudié par LAUMONIER, qui l'a mis en évidence, en ce qui regarde les toxines bactériennes, par l'expérience suivante :

Des cultures filtrées de pneumocoques et de staphylocoques, les unes pures, les autres stérilisées par l'iode colloïdal et dont le repiquage a été constaté négatif, sont injectées à la même dose à des cobayes.

Les animaux injectés avec les premières présentent rapidement des réactions toxiques graves et même mortelles.

Ceux injectés avec les cultures auxquelles on avait ajouté de l'iode colloïdal, ne présentent que des réactions insignifiantes ou nulles.

Donc l'iode a neutralisé les toxines du milieu et il est vraisemblable que la même chose se produise dans l'organisme humain.

En résumé, les propriétés particulières de l'iode électro-chimique semblent lui conférer :

— *un pouvoir lymphagogue prolongé.*

— *un pouvoir anti-microbien qui se poursuit à travers tout l'organisme (action désinfectante sur l'arbre urinaire) jusqu'au moment de son élimination même.*

— *un pouvoir anti-toxique élevé.*

— *une toxicité nulle.*

Cet ensemble de propriétés nous permet de le considérer dans les quelques observations que nous avons réunies comme un vaccin chimique polyvalent pour toutes les infections, même celles dont la cause précise est inconnue; comme un modificateur de terrain; et enfin comme un antiseptique puissant.

OBSERVATIONS :

Pour rendre notre texte plus intelligible, nous avons cru bien faire de réunir les différentes observations de ce travail dans un tableau synoptique. (*Voir page 68*).

L'examen rapide de ce tableau nous permet de voir que sur les 21 observations, nous avons 17 guérisons et 4 améliorations.

GUERISONS :

Il serait intéressant de préciser dans quelles conditions furent obtenues ces guérisons.

Nos malades se sont tous présentés à nous avec un syndrome douloureux entraînant une impotence fonctionnelle.

Le but que nous nous propositions était d'obtenir la guérison par disparition de la douleur et récupération totale des mouvements.

TABLEAU SYNOPTIQUE

OBS. N°	AGE	SEXE	DIAGNOSTIC	SOUFFRAIT depuis :	DOSE exprimée en comprimés dosés à 0,05	AMÉLIORÉ EN :	GUÉRI EN :	OBSERVATIONS
3	43	M	Arthrite du genou	15 jours	6		8 jours	stabilisé
9	45	F		15 jours	4	6 jours	14 jours	
7	66	F		8 ans	6	7 jours	17 jours	
6	50	F		8 jours	9	5 jours		
2	48	F	Arthrite du pied	2 mois	6		5 jours	
1	58	M		1 mois	9	5 jours	20 jours	
8	75	M	Arthrite main	5 mois	6	5 jours	60 jours	
4	50	F	Polyarthrite articulaire	3 mois	6		10 jours	stabilisé stabilisé
10	57	F		1 an	9	5 jours		
5	68	M		1 an 1/2	9	25 jours		
12	58	F	Lumbago	1 mois 1/2	9		13 jours	stabilisé
17	52	F		4 ans	9	15 jours	21 jours	
11	44	F		3 mois	6	5 jours	30 jours	
15	28	F		2 mois	9	15 jours	30 jours	
13	62	F		15 jours	9	20 jours		
14	69	F	Arthrite Sacro-Iliaque	2 mois	9	3 jours	15 jours	
16	34	M			9	7 jours	15 jours	
18	53	M	Intercost.	6 mois	6		15 jours	
19	55	M	Sciaticque	2 jours	6	3 jours	7 jours	
20	28	M		21 jours	6		10 jours	
21	56	F	Goutte	4 ans	9	10 jours	21 jours	

Les différentes observations de ce travail nous montrent que, très rapidement, nous obtenons la sédation des douleurs et la récupération fonctionnelle.

Ces dix-sept guérisons ont été obtenues après une durée de traitement variable; mais la moyenne générale oscille autour de quinze jours.

Guérisons durables, puisqu'une partie de nos malades, examinés une première fois en juin, furent revus cinq mois plus tard, en octobre, sans avoir présenté de récides, alors que celles-ci étaient habituelles avant notre traitement.

AMELIORATIONS :

Des améliorations furent constatées au nombre de quatre.

Nous n'avons pas pu classer ces observations dans la catégorie des guérisons, car chez ces malades, la fatigue fait réapparaître la douleur, douleur très atténuée, il est vrai, puisque la récupération fonctionnelle est presque totale. Seule, à vrai dire, persiste une gêne légère.

Un autre caractère de cette amélioration est qu'elle nous a paru durable et c'est ce qui nous a permis d'employer le terme de « stabilisation »; mais nous sommes autorisés à supposer que si le traitement avait été continué assez longtemps, nous serions arrivés jusqu'au troisième stade, le stade guérison; c'est la conclusion à laquelle nous amènent plusieurs observations notamment les n^{os} 1, 11 et surtout 8.

Ces douleurs de la période de stabilisation, très atténuées, n'augmentent jamais d'intensité, et ne deviennent jamais ce qu'elles furent avant le début du traitement. Nos malades s'accoutument très bien de ce reliquat de gêne réduite et nous pouvons presque les considérer comme déjà guéris.

MODE D'ACTION CLINIQUE DE L'ACIDE ACÉTYL-MONO-iodo-SALICYLIQUE

Comment agit-il en tant que médicament?

Dès le cinquième ou sixième jour de son administration, nous observons une amélioration très nette qui se manifeste par une diminution importante des douleurs et une récupération quasi-totale des mouvements.

Le traitement continué, cette amélioration persiste un temps variable avec ses mêmes caractères et sans progrès apparent.

A ce temps d'arrêt succède une troisième période relativement courte pendant laquelle nous voyons survenir la guérison définitive.

Il semble donc que nous puissions schématiser l'action de l'acide acétyl-mono-iodo-salicylique en trois périodes successives :

1° Période très courte, rapide amélioration (5 jours en moyenne);

2° Période plus ou moins longue, très variable : conservation de cette première amélioration sans progrès apparents (10 jours et plus);

3° Période courte : guérison (4 jours en moyenne).

Quelques malades parmi ceux que nous avons classés comme améliorés ou même stabilisés paraissent rester au deuxième stade que nous venons de décrire, sans arriver à la guérison définitive; mais il nous est permis de penser que c'est par manque de persévérance dans le traitement.

MODE D'EMPLOI ET POSOLOGIE

1° Mode d'emploi :

Ces comprimés dosés à 5 centigrammes sont avalés avec une gorgée d'eau.

Il ne faut pas les faire dissoudre dans cette eau, car nous avons vu qu'ils s'hydrolyseraient pour donner de l'acide iodo-salicylique et de l'acide acétique.

Nous avons toujours recommandé de fractionner leur administration dans la journée; et c'est ainsi que nous avons toujours précisé que, par exemple, 9 comprimés doivent être pris au moins en trois fois dans le courant de la journée.

L'horaire n'a aucune importance.

2° Posingie :

Notre dose a varié en 20 et 45 centigrammes par jour.

Pour un malade qui souffre depuis longtemps ou qui a des douleurs violentes, nous recommandons le traitement dit d'attaque : 45 centigrammes (par comprimés dosés à 5 centigrammes), soit neuf comprimés.

Dès la première amélioration obtenue nous baissions la dose à 30 centigrammes par jour, dose que nous maintenons jusqu'à obtention de la guérison.

Pour certains malades qui souffraient depuis longtemps ou qui ont une guérison longue à obtenir, nous préconisons une cure d'entretien qui sera de 5 centigrammes par jour ou tous les deux jours dans les cas légers, et ceci au moins dix jours par mois.

Pour les malades qui se présentent à nous sans passé rhumatismal et avec un syndrome douloureux peu intense, nous commencerons le traitement avec 30 centigrammes par jour, dose à abaisser à 20 centigrammes pour obtenir leur guérison.

En résumé :

a) TRAITEMENT D'ATTAQUE :

1 ^{re}) Malade souffrant depuis longtemps — — douleurs intenses —	{	9 comprimés par jour dosés à 0 gr. 05 soit 45 centigrammes
Dès la première amélioration	{	6 comprimés, soit 30 centigrammes jusqu'à guérison
2 ^{re}) Malade léger sans passé rhumatismal	{	6 comprimés, soit 30 centigrammes
Dose abaissée ensuite à	{	4 comprimés, soit 20 centigrammes jusqu'à guérison

b) CURE D'ENTRETIEN :

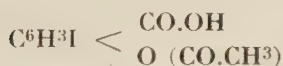
1 ou 2 comprimé soit 5 ou 10 centigrammes	{	par jour ou tous les deux jours	{	10 jours par mois
--	---	------------------------------------	---	-------------------

CONCLUSIONS

1° FORMULE CHIMIQUE

L'acide acétyl-mono-iodo-salicylique est un sel à fonction acide.

Sa formule est :



Il contient 41,5 % d'iode électro-chimique.

2° ELIMINATION.

Il s'élimine par les urines où on le retrouve sous la forme d'acide iodo-salicylurique et d'un complexe organique iodé dissimulé.

Cette élimination est plus lente que celle des iodures.

3° TOXICITE.

Expérimentalement, il s'est montré dénué de toute toxicité.

Cliniquement, quelle que soit la dose absorbée, on n'observe jamais d'intolérance gastrique, d'accidents d'iodisme, ni de sudation exagérée après son emploi.

4° *ROLE ANTITOXIQUE.*

Dégageant de l'iode électro-chimique par sa décomposition dans l'organisme, iode qui neutralise les toxines de pneumocoques et de staphylocoques, comme l'a démontré LAUMONIER, il agit sur les toxines. Il a une action antiseptique sur le colibacille, ainsi que l'ont constaté cliniquement le Professeur POUCHET et le Docteur DURGEUX.

5° *RESULTATS CLINIQUES.*

Appliqué au traitement de :

12 arthrites dont : 4 du genou.
 2 du pied.
 1 de la main.
 2 sacro-iliaque.
 3 polyarticulaires.

5 lumbagos.
1 douleur intercostale.
2 sciatiqnes.
1 goutte.

Il y a dans ces 21 cas cliniques, 17 guérisons et 4 améliorations.

Guérisons :

Les guérisons ont été obtenues après une durée de traitement variable, oscillant autour de quinze jours.

Elles ont été durables, puisque la plupart de nos malades ont été revus cinq mois après leur première visite.

Ces guérisons se sont caractérisées par l'apparition rapide (5^{me} jour en moyenne) d'une amélioration fonctionnelle et d'une diminution notable du symptôme douleur, l'amélioration persistant jusqu'à la guérison, qui est survenue une dizaine de jours plus tard.

Améliorations :

Les améliorations se sont produites après une durée de traitement variable elle aussi (en moyenne 15 jours). Elles ont été caractérisées par une récupération fonctionnelle, une quasi-disparition de la douleur et une persistance dans cet état d'amélioration.

6° POSOLOGIE.

Utilisé sous la forme de comprimés dosés à 5 centigrammes, avalé avec une gorgée d'eau sans dissolution préalable, l'acide acétyl-iodo-salicylique s'administre à la dose quotidienne de 20 à 45 centigrammes, soit 4 à 9 comprimés.

A) Traitement d'attaque :

1° Pour les malades souffrant depuis longtemps et ayant des douleurs intenses, la dose doit être de 45 centigrammes, soit 9 comprimés par jour en trois fois.

On diminue progressivement la dose jusqu'à 4 comprimés par jour suivant les résultats obtenus.

2° Pour les malades légers sans passé rhumatismal, la dose de 30 centigrammes, soit 6 comprimés par jour en trois fois, est suffisante.

B) Cure d'entretien :

La cure d'entretien est de 5 à 10 centigrammes ou 1 à 2 comprimés par jour, ou tous les deux jours.

BIBLIOGRAPHIE

- WIDAL-TEISSIER-ROGER. — *Nouveau traité de Médecine*. Vol. XXII, p. 457, par MARINESCO : Rhumatisme Chronique.
- FORESTIER. — *Conférence scientifique internationale du rhumatisme chronique*, 1934. Rapport : Les facteurs infectieux dans le rhumatisme.
- VINCENT. — *Compte rendu de l'Académie des Sciences*. Tome 193. Séance du 19 Octobre 1931. Immunologie : Nouvelles recherches sur les cryptotoxines. Le phénomène de sur-saturation des toxines par l'ion salicylique.
- VINCENT et VELLUZ. — *Compte rendu de l'Académie des Sciences*. Tome 193. Séance du 23 Novembre 1931. Immunologie : Sur les propriétés immunigènes de la cryptotoxine diiodosalicylique.
- VINCENT et VELLUZ. — *Compte rendu de l'Académie des Sciences*. Tome 192. Séance du 16 Mars 1931. Biochimie : Sur les propriétés cryptotoxiques des acides oxybenzoïques halogénés.
- POUCHET. — *Bulletin de l'Académie de Médecine*. Tome 115. Séance du 24 Mars 1936, p. 480. Sur un dérivé iodé de l'acide acétyl salicylique : L'Acide Acétyl-mono-iodo-Salicylique.
- POUCHET. — *Bulletin Général de Thérapeutique*. Tome 174. Février 1923. Note préliminaire au sujet de l'application à la thérapeutique d'une forme colloïdale de l'iode.
- POUCHET. — *Gazette des Hôpitaux*. 5 Août 1936. Contribution à l'Étude des Vaccins Chimiques.
- BOIRAC. — *Revue de Chimiothérapie*. Novembre-Décembre 1924. Traitement des Arthropathies Rhumatismales Chroniques au moyen de l'Iode Colloïdal Electro-Chimique.
- LACHERET. — *Etude d'une forme colloïdale de l'Iode : l'Iode colloïdal Electro-Chimique* (Travail du Laboratoire de

Pharmacologie et de Matière Médicale de la Faculté de Médecine de Paris). Thèse de Paris 1920-1921. N° 452.

POTEL. — *Iode ionisé et iode non ionisé; leur élimination comparée*. Thèse de Paris 1923-1924. N° 255.

LAUMONIER. — *Revue de Chimiothérapie*. Novembre-Décembre 1924. Pharmacodynamie comparée des Iodes Thérapeutiques.

PETIT. — *XV^e Congrès Français de Médecine*. Strasbourg, 3-5 Octobre 1921. Communication p. 368 : Traitement de la Tuberculose pulmonaire par l'Iode colloïdal électrochimique.

PETIT. — *XVI^e Congrès Français de Médecine*. Paris 1922. Communication p. 227 : Contribution à l'emploi de l'Iode dans le traitement de la Tuberculose pulmonaire.

Vu le Président de Thèse,

Signé : LOÉPER.

Vu le Doyen de la Faculté de Médecine,

Signé : TIFFENEAU.

Permis d'imprimer, le 6 Janvier 1938,

Le Recteur : G. ROUSSY.

IMPRIMERIE PROVINCIALE DE L'OUEST, RENNES
